

国民健康保険療養費支給申請書

( 医 科 ・ 歯 科 ・ 調 剤  
補 装 具 ・ 生 血 ・ その他 )

保険者番号 1 3 8 0 5 7 記号番号 05— .

療養を受けた被保険者  
氏名  
個人番号  
生年月日 年 月 日  
世帯主との続柄

療養等を受けた保険医療機関等  
名称

傷病名  
負傷の原因  
1 労働災害・第三者行為  
2 1以外

診療月 年 月 診療分

療養費の支給申請をした具体的な理由  
1 資格確認書等を持たずに医療機関等を受診した  
2 遑って文京区国保の加入手続をした(遅れた理由)  
3 補装具の保険契約がなかった 4 他の健保等に医療費の返還をしたため  
5 海外の医療機関で受診した(渡航の目的)  
6 その他(  
資格取得日 届出日 証明発行  
【在留期間 . . . ~ . . . 】  
療養に要した費用  
円

文京区長 殿 上記のとおり証明書類を添えて申請します。  
支給額は下記振込口座に振込みをしてください。 年 月 日

世帯主住所 〒 電話

世帯主氏名 個人番号

窓口に来た人(該当に○) 世帯主 ・ 同一世帯員 ・ 代理人 氏名

備考

振込先金融機関 預金種類 口座番号 名義人氏名(フリガナ)  
銀行 支店 1 普通  
信用金庫 2 当座  
信用組合 4 貯蓄  
金融機関番号 店番号

※ 世帯主以外の口座に振込みの場合は、委任状が必要です。

《事務処理欄》

支給決定金額

添付書類 領収書(原本) ・ 明細書(原本) ・ 診断書等(原本)  
来庁者 1点 資確・免・在・バ・住(写真有)・個カ(写真有)・年・官身・後・高  
2点 介・会社身・学・銀・郵・診・シルバーパス・クレジットカード  
マイナ保険証等 世帯主 ・ 受診者 ・ 同一世帯員  
口座委任 無 ・ 有 ⇒ (来庁者) 世帯主・受診者・委任状あり  
保険料 済 ・ 未 ⇒ 滞納係( )へ連絡

受付 通北<sup>レ</sup>・CS・A  
キコ<sup>レ</sup>・通目視  
キ目視・A目視

性別 男・女 入外 入院・外来 給付割合 7・8・9 日数 日  
本家区分 本人・家族・未就学・高齢者 療養期間 年 月 日から  
一部負担金 年 月 日まで